

ных язв / С.С. Шаповальянц, Р.Р. Мударисов // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 3. – С. 47–48.

2. Гринев, М.В. Конференция «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» / М.В. Гринев, Ю.В. Плотников // Вестник хирургии. – 2012. – Том 171. – № 3. – С. 102–105.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

*Шнитко С.Н., Пландовский В.А.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
военно-медицинский факультет  
ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр ВС РБ»  
Минск, Беларусь

Пептическая язва (ПЯ) гастроэнтероанастомоза после резекции желудка по поводу язвенной болезни составляет до 10%. Вследствие неэффективности медикаментозной терапии хирургический способ лечения является методом выбора у больных с послерезекционной пептической язвой.

Среди основных причин её возникновения следует выделить:

1. Недостаточная по объему резекция желудка.
2. Доминирующее значение блуждающего нерва в регуляции желудочной секреции.
3. Наличие язвенногенных новообразований.

Надежное подавление кислотопродукции при резекции желудка, не дополненной ваготомией, возможно только при обширном повторном иссечении кислотопродуцирующей зоны желудка. Но и после реконструктивных оперативных вмешательств отмечается высокий процент рецидива язв.

Кроме того, подобные операции в подавляющем большинстве случаев проводятся лапаротомным или торакотомным доступами, которые уже сами по себе несут значительную травму для больного.

Представляем анализ выполнения видеоторакоскопической наддиафрагмальной стволовой ваготомии у одиннадцати пациентов с ПЯ гастроэнтероанастомоза вагусного генеза.

Все больные были мужчины, средний возраст которых составил  $47,2 \pm 8,13$  года. Период между резекцией желудка по поводу язвенной болезни и появлением ПЯ гастроэнтероанастомоза в среднем составил  $5,7 \pm 0,21$  года.

В ходе длительного лечения с применением различных комбинаций

противоязвенных препаратов у больных не удалось добиться заживления язвенного дефекта.

Проведение эзофагогастроскопии (ЭФГС) позволило во всех случаях выявить ПЯ гастроэнтероанастомоза.

В плане обследования всем больным, кроме ЭФГС с гистологическим исследованием слизистой оболочки культи желудка на наличие геликобактерной инфекции, выполнено рентгенологическое исследование культи желудка с пассажем бария по кишечной петле, исследование кислотопродуцирующей функции желудка методом внутрижелудочной рН-метрии, а также изучение содержания сывороточного гастрина.

Видеоторакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия проведена под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией легких из левостороннего доступа в условиях искусственного пневмоторакса методом «открытых троакаров» без введения иглы Вереща и нагнетания газа в плевральную полость из 3-х троакаров в третьем, четвертом и седьмом межреберьях.

При анализе ближайших результатов оценивались характер течения послеоперационного периода, а также развивающиеся послеоперационные осложнения.

Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено.

Послеоперационный период характеризовался благоприятным течением с ранней активизацией больных. Дренажи удалялись в первые сутки после операции, а введение ненаркотических анальгетиков в целях обезболивания проводили только в первые двое суток.

В ближайшем послеоперационном периоде по результатам контрольной ЭФГС рубцевание язвы выявлено у 8 больных, у 3 – уменьшение в размерах язвенного дефекта.

Первый опыт выполнения видеоторакоскопической наддиафрагмальной стволовой ваготомии при пептической язве гастроэнтероанастомоза позволяет говорить о перспективности данного метода.

Таким образом, видеоторакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия является эффективным методом, позволяющим улучшить результаты лечения больных с пептической язвой гастроэнтероанастомоза при незначительном операционном риске и минимальной травматичности.